Ueber einen neuen Fall von allgemeiner fibrinös-purulenter Peritonitis, geheilt durch Coeliotomie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

bei der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Constantin Wiedmann

cand. med.

aus Würzburg.

München.

Druck von R. Oldenbourg.

1899.

Ueber einen neuen Fall von allgemeiner fibrinös-purulenter Peritonitis, geheilt durch Coeliotomie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

bei der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Constantin Wiedmann

cand. med.

aus Würzburg.

München.

Druck von R. Oldenbourg.

1899.

Seiner teuren Mutter

in ewiger Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548324_0126

Ubi pus, ibi evacua! Diesem Satze begegnen wir schon zu Beginne des Mittelalters in der Geschichte der Chirurgie, er bildet auch heute noch einen Grundpfeiler derselben. An alle Gebiete des menschlichen Körpers wagte sich die kühne Hand des Chirurgen, wenn Frost und hohe Temperatur im Vereine mit localen Symptomen eine Ansammlung von Eiter in denselben als unzweifelhaft erscheinen liessen, um demselben alsbald Ausfluss zu verschaffen und seinen schädlichen Einfluss auf den gesammten Organismus auszuschalten. Sehen wir ab von der Eröffnung der verschiedensten Abscesse, sehen wir ab von der Eröffnung der Pleura, so muss es entschieden in hohem Grade unser Erstaunen erregen, wenn wir aus der Geschichte der Medicin ersehen, dass schon die ägyptischen Aerzte die Schädelhöhle eröffneten, das empfindlichste und wichtigste Organ des Menschen seines schützenden Mantels beraubten und blosslegten, wenn sich Eiter in derselben gebildet hatte.

Nur vor der Eröffnung der Bauchhöhle hatte man bis vor verhältnissmässig recht kurzer Zeit eine gewisse Scheu, und selbst heute noch, in der Zeit der Asepsis gilt derselbe als ein immerhin bedeutender Eingriff.

Und doch ist gerade die Peritonealhöhle so häufig und unter so verschiedenen Verhältnissen, die Stätte von Eiteransammlungen. Begünstigt sie doch als praeformirte Körperhöhle

dieselben überhaupt; dazu kommt dann, dass so viele lebenswichtige Organe theils in engem Zusammenhang mit ihr stehen, theils direkt in dieselbe eingebettet sind, von denen jedes wiederum unter den mannigfachsten Umständen den Ausgangspunkt einer Entzündung, einer Eiterung bilden kann.

Die Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis war also bis vor kurzer Zeit eine rein medicinische; sie bestand in Ruhe, Auflegen einer Eisblase zur Linderung der Schmerzen, Verabreichung von Opiaten zur Hintanhaltung der die Patienten aufs höchste schwächenden Diarrhöen und Ruhigstellung des Darmes, Verabreichung von Alkohol in möglichst grossen Gaben zur Anregung der Herzthätigkeit, sowie in Magenspülungen, um den beständigen Brechreiz herabzusetzen.

Es ist keine Frage, dass bei dieser Behandlung die Heilung fast ganz davon abhing, ob die Natur des betreffenden Patienten in dem Kampf mit den entzündungs- und eitererregenden Mikroorganismen siegen oder unterliegen werde; bei schwächlichen Naturen war die Prognose von vornherein eine sehr ungünstige, und die Berichte beweisen, dass die Resultate dieser Therapie durchaus keine befriedigenden waren.

Die erste Indication für die Eröffnung des Bauchfelles hielt man gegeben bei drohendem Durchbruch des Eiters durch die Bauchdecken, beschränkte sich jedoch lediglich auf Punktion oder Einschnitte in der Umgebung des Nabels, eine ausgiebigere Eröffnung durch einen breiten Schnitt hielt man für zu gefährlich. Erst in neuester Zeit kam man mehr und mehr zu der Ansicht, dass man sich bei allgemeiner Peritonitis, gleichviel ob sie eine seröse, scrofibrinöse, rein eitrige oder sogar eitrig-jauchige sei, lediglich von dem chirurgischen Eingreifen eine Aussicht auf günstigere Resultate erhoffen konnte.

Anton Schmidt[1]) ist der Erste, der sich schon im Jahre 1882 in diesem Sinne ausspricht, indem er sagt: Ein eitriges peritonitisches Exsudat ist im Allgemeinen dem pleuritischen gleichzustellen, wenngleich die Verhältnisse in der Bauchhöhle weit complicirter sind als in der Brusthöhle. Noch complicirter

1) A. Schmidt, Centralbl. f. Chir. 1882, S. 772.

werden diese Verhältnisse bei eitriger Peritonitis im Puerperium. Beide Exsudatanhäufungen sind jedoch im Grunde als Abscesse anzusehen und als solche zu behandeln. Ein chirurgisches Eingreifen ist also nicht allein statthaft, sondern geradezu geboten und soll, falls keine sonstigen Complicationen existiren, zur Heilung führen! —

Die Frage der Behandlung der allgemeinen Peritonitis war allmählich zu einer der brennendsten der gesammten Medicin geworden. Da sich dieselbe trotz ihrer grossen vitalen Wichtigkeit in einer durchaus unbefriedigenden Lage befand, so legte im Jahre 1884 der interne Berliner Kliniker Leyden[1]) den Chirurgen die Frage ans Herz, ob es nicht möglich wäre, der Peritonitis auf operativem Wege beizukommen. — Zahlreiche Autoren begrüssten diese Anregung, und es sollte dieses Thema auf dem internationalen Congress zu Rom zur Discussion gestellt werden. Es scheint jedoch eine solche damals in Rom nicht stattgefunden zu haben, wenigstens konnte v. Winckel[2]) in den Akten jenes Congresses nichts über diese wichtige Frage finden.

Man hatte sie desshalb zur Behandlung für den internationalen Congress zu Moskau auf die Tagesordnung gesetzt.

Auf diesem Congress, der vom 21.—24. April 1897 abgehalten wurde, sprach Körte (Berlin) über die chirurgische Behandlung der diffusen Bauchfellentzündung! Er berücksichtigte dabei lediglich die Fälle von Peritonitis nach Perforation innerer Organe, nicht die von traumatischer an Lungengangrän, puerperale Processe sich anschliessender, auch nicht die chronische Peritonitis. — Von 99 seit 1890 zur Behandlung gekommenen Fällen der bezeichneten Art wurden 71 operirt mit 25 Heilungen, 28 nicht operirt mit 6 Heilungen. Die nicht operirten zerfielen in 2 Klassen: 1. verloren eingebrachte (Mehrzahl), sie starben alle; 2. solche, bei denen ein eitriges Exsudat noch nicht nachzuweisen, ein Abwarten also noch möglich war. — Bei den operirten Fällen wurde stets allgemeine Peritonitis nachgewiesen. Die

1) Deutsche med. Wochenschr. 1884, No. 17.

2) v. Winckel, Ueber d. chir. Behandl. d. v. d. weibl. Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündungen 1894.

häufigsten Fälle sind die durch Appendicitis verursachten; sie geben die beste Prognose. Die durch Perforation von Organen des weiblichen Genitalcanals erzeugten Peritonitiden — sie gehen meist von der Tube aus — geben eine erheblich schlechtere Prognose: von 14 operirten Fällen dieser Art starben 11.

Es ist also noch nicht geraume Zeit verflossen, seit man sich entschlossen hat, die allgemeine Peritonitis überhaupt chirurgisch zu behandeln, und die über diese neue Art der Therapie vorliegenden Berichte stehen noch in keinem Verhältniss zu der Häufigkeit ihres Vorkommens.

Sehr spärlich aber sind die Fälle, in denen man bei diffuser puerperaler Peritonitis eine Indication zu einem chirurgischen Eingreifen als gegeben erachtete.

Dass gerade der puerperale Uterus für eine Infection und der in rasche Ausbreitung auf das ihn umgebende Bindegewebe und Peritoneum bietet, ist eine feststehende Thatsache.

Die Erklärung hiefür liege einmal in dem anatomischen Bau des Uterus, dessen äusserste Muskelschichte, die dem Fundus wie eine Kappe aufsitzt, mit dem Peritoneum innig zusammenhängt, so dass sich dieses als continuirliches Membran nicht abpräpariren lässt, und die sich in alle vom Uterus ausgehenden Ligamente und in die Tuben fortsetzt. Sie findet ihre Erklärung ferner in dem ungewöhnlich grossen Reichthum dieses Organs an Blut- und Lymphgefässen, und endlich aus der physiologischen Thatsache der eminent raschen Involution dieses Organs binnen weniger Wochen. Olshausen[1]) sagt hierüber: »Dieser Process, welcher sicher nicht in der Physiologie und kaum in der Pathologie seines Gleichen hat, ist nicht denkbar ohne eine in's ganz Ungewöhnliche gesteigerte Resorption aus dem Parenchym. Mit anderen Worten, es muss, wahrscheinlich in Folge der nach der Geburt plötzlich geänderten Cirkulationsverhältnisse und Druckverhältnisse im Gefässsystem eine massenhafte Ueberführung von Stoffen in das Venen- und Lymphgefässsystem des Uterus erfolgen, wie sie sonst nicht vorkommt. Ist diese Ueberführung der Parenchymsäfte erleichtert, so wird es vermuthlich

1) Olshausen, Ueber puerp. Param. u. Perim. 1871.

auch diejenige von Stoffen sein, welche auf der Oberfläche der Schleimhaut oder auf Schleimhautwunden sich befinden.«

Es erscheint uns nöthig, hier einige Worte über die Pathogenese der diffusen puerperalen Peritonitis einfügen zu müssen; dieselbe kann nämlich zweierlei Art sein, und wie wir am Schlusse unserer Abhandlung sehen werden, machen viele Autoren die Berechtigung eines chirurgischen Eingriffes, die Art desselben und die Prognose abhängig von der Art der Infection. — Wir unterscheiden eine sapraemische und eine septische Infection. Erstere ist bedingt durch die Resorption von im Uterus befindlichen Stoffen, als Eireste, Lochien, die durch Fäulnisskeime zersetzt sind. Um sapraemische Infection handelt es sich in der grossen Mehrzahl der Fälle puerperaler Erkrankungen nach Abortus, indem eben hier leichter Reste vom Mutterkuchen und den Eihäuten zurückbleiben als bei rechtzeitiger Geburt, doch ist sie natürlich auch bei letzterer möglich.

Die septische Infection wird verursacht durch Mikroorganismen, über deren Art Dubêska[1]) ausgedehnte Forschungen angestellt hat. — Er hat im Gegensatz zu anderen Autoren, welche die Streptococcen nur auf ihren ersten Ansiedelungsstellen fanden, woselbst sie Puerperalgeschwüre und Endometritiden verursachen, das weitere Eindringen dieser Coccen in den Organismus erforscht. Er fand bei fünf Puerperalmetritiden und zwei allgemeinen Peritoniden puerperalen Ursprungs in diesen Exsudaten selbst, manchmal als einzige Bacterienart den Streptococcus pyogenes, manchmal auch nebenbei den Staphylococcus pyogenes aureus, doch ist dieser zur Zeit als weniger lebensbedrohend zu betrachten. Der Streptococcus, um den es sich also in den meisten Fällen handelt, dringt viel rascher und tiefer in die lebenden, gut genährten Uterusgewebe ein als die oben erwähnten Fäulnisserreger. Er kann, wie diese, auch vom Uterus selbst aus eindringen, doch ist die Mehrzahl der Autoren der Ansicht, dass die bei jeder, nach der leichtesten Geburt entstehenden Wunden des Genital-

1) Dubêska, Doc. Dr. Beitr. z. Pathogenese eitr. Puerperalerkrankungen und bes. d. Peritonitis, 1891.

tractus vor allem die Einrisse der Cervise, die Eingangspforten für denselben bilden.

Endlich kommen auch sog. Mischinfectionen vor.

Betrachten wir nun kurz die hierher gehörigen Fälle!

Dr. Krecke[1]) fand bis zum Jahre 1891 nur 13 Fälle von Laparatomie bei puerperaler Peritonitis publicirt, darunter fünf Heilungen. Von diesen 13 Fällen erklärt v. Winckel[2]) den Fall von Taylor (geheilt), den von Poelchen (mit tödtlichem Ausgang) und den von Price aus dort näher angegebenen Gründen als streng genommen nicht hierher gehörig. Dazu kommen 8 Fälle von Boldt. Er hat viermal Coeliotomie und ebenso oft vaginale Totalexstirpation gemacht wegen puerperaler Sepsis, ohne die Patientinnen retten zu können.

Im Jahre 1895 veröffentlichte v. Winckel einen Fall von diffuser eitriger puerperaler Peritionitis, in dem er mit Erfolg die Coeliotomie machte.

Ferner stellte v. Winckel in seiner Arbeit: »Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung« die nach Veröffentlichung seines Falles hierher gehörigen publicirten Fälle zusammen: es sind deren fünf, je ein Fall von Maydl, Taylor, Hodges, Schnitzler und Beljaeff; sie waren alle von Erfolg begleitet bis auf den Fall von Schnitzler, bei dem es übrigens fraglich erscheint, ob er hierher gehört, d. h. ob es sich nicht von Anfang an um einen tuberculösen Process handelte, wie denn auch die Obduction Genital- und Lungentuberculose ergab.

Aus einem von Prochownick (Hamburg) veröffentlichten Sammelberichte: »Die Anzeigestellung zur chirurgischen Behandlung des puerperalkranken Uterus« ist ersichtlich, dass in Deutschland ein weiterer, hierher gehöriger Fall nicht publicirt wurde.

Die Mehrzahl der französischen Autoren tritt wohl für die active chirurgische Behandlung der puerperalen Endometritis ein. Es handelt sich aber dabei fast ausschliesslich, sowie Operationen am Uterus in Betracht kommen, um die Curettage, radicalere

1) Münch. med. Wochenschr. 1891, No. 33 u. 34.

2) v. Winckel, Ueb. d. Coeliot. bei e. diff. eitr. puerp. Perit. 1895.

Eingriffe sind in der französischen Litteratur die letzten Jahre fast gar nicht berichtet worden.

Dagegen treten die amerikanischen und englischen Autoren, soweit sie in diesem Referat berücksichtigt werden konnten, bei der Behandlung der puerperalen Sepsis fast ohne Ausnahme für chirurgische Maassnahmen ein.

Baldy hat zweimal den septischen Uterus nach Abort durch Coeliotomie entfernt; beide Frauen starben, obgleich im ersten Falle die Wunde in Vernarbung begriffen war. Hier war der Tod an Pneumonie erfolgt.

Er stellte 19 von amerikanischen Collegen ausgeführte Hysterectomien zusammen: seine zwei Fälle, je einen von Davis, Smith, Peterson, Ashton, Pryor, Kolly, Montgomery, sechs Fälle von Hirst und die von uns bereits oben erwähnten vier Fälle von Boldt; zwölf Patientinnen starben, sieben kamen durch.

Sodann berichtet Smith einen geheilten Fall, Coe starb ein scheinbar glücklich operirter Fall, plötzlich an Collaps.

Murty hat einen Fall schwerster puerperaler Sepsis durch abdominale Totalexstirpation zur Heilung gebracht.

Davis theilt im Ganzen sechs Fälle mit, wo er wegen puerperaler septischer localisirter Peritonitis Coeliotomie ausführte. Drei Patientinnen starben; in einem Falle fanden sich in dem von oben amputirten Uterus multiple Abscesse.

Ebenso berichtet Porter einen scheinbar gut verlaufenen Fall von Coeliotomie wegen allgemeiner puerperaler Peritonitis. Hier fand sich der Eiter frei in der Bauchhöhle.

Ein von Penrose publicirter Fall von puerperaler Sepsis nach einem Abort, der 19 Tage nach Perityphlitis auftrat, darf hier wohl nicht mitgezählt werden, da Penrose selbst die Möglichkeit einer Infection auf peritonealem Wege, vom proc. vermiformis aus, nicht völlig ausschliessen will, da schon vor dem Abortus geringe Temperatursteigerungen bestanden hatten.

Es sind uns demnach im Ganzen 46 Fälle von mehr oder weniger weit vorgeschrittener puerperaler Sepsis bekannt, in denen chirurgische Eingriffe gemacht wurden. Die Resultate sind

allerdings keine glänzenden; es sind nur 20 Heilungen darunter, so dass es wohl begreiflich erscheint, wenn verschiedene bedeutende Gynäkologen diese neue Therapie verurtheilen.

Dass bisher so wenig Fälle von puerperaler Sepsis, in denen man versuchte die Patientinnen durch operatives Eingreifen zu retten, publicirt sind, hat seinen Grund aber auch einmal darin, dass ein grosser Theil derjenigen Autoren, die im allgemeinen warm für eine chirurgische Behandlung der puerperalen Sepsis eintreten, dieselbe im vornherein für aussichtslos erklären bei allgemeiner Sepsis und hochgradigem Collaps der Kranken, obgleich auch dem vereinzelnte Erfolge gegenüberstehen.

Körte schliesst nur Peritonitiden mit überwiegend allgemeinen Intoxicationserscheinungen bei geringer örtlicher Entzündung von der Operation aus; ihm stimmt v. Winckel vollständig bei; dagegen hält König (Berlin) auch in diesen Fällen die Operation für angezeigt.

Es ist aber auch eine erfreuliche Thatsache, dass uns sowohl die antiseptische als insbesonders die aseptische Aera einen bedeutenden Abfall der puerperalen Sepsis gebracht hat. In unseren Kliniken werden heute Fälle von puerperaler Sepsis wohl sehr vereinzelt dastehen. Wenn dies in der allgemeinen Praxis nicht so sehr der Fall ist, so liegt diese bedauerliche Thatsache, wie Dührssen sagt, darin, dass eine wirkliche Antisepsis und Asepsis noch nicht Allgemeinheit der Aerzte und Hebammen geworden ist.

So hat die kgl. erste gynäkologische Klinik zu München in den letzten 8 Jahren nur 2 Fälle von puerperaler eitriger Peritonitis zu verzeichnen. Der eine ist der von v. Winckel im April 1895 mitgetheilte Fall; den anderen zu veröffentlichen ist dem Verfasser dieser Zeilen gestattet, was im Folgenden geschehen soll:

Patientin K., Kleidermacherin, 27 Jahre alt, trat am 26. November 1897 in die Klinik ein. Sie klagte über heftige brennende Schmerzen im ganzen Unterleib, die seit dem 16. d. M. bestanden, über Fieber-Frost und häufige nächtliche Schweissausbrüche. Sie hatte vor 4 Wochen abortirt, fünf Tage nach dem

Abortus stellten sich Schmerzen im rechten Oberschenkel ein. Die Untersuchung bei dem Eintritt ergab die Patientin als von kräftigem Körperbau, gutem Ernährungszustand, gehörigem Fettpolster. Herztöne leise, beschleunigt; Lungenbefund normal, nur im linken unteren Lappen hinten Rasselgeräusche.

Leib hervorgewölbt, sehr gespannt, Fettpolster ziemlich gut entwickelt. Nabel eingezogen, linea alba bis zum Nabel schwach pigmentirt; bei der Palpation des Abdomens konnte man zwei Finger breit unter dem Nabel eine diffuse Resistenz fühlen, die sich nach beiden Seiten hin gegen die Darmbeinschaufeln bis zu den spinae ant. sup. erstreckte, glatte Oberfläche zeigte, keine Fluktuation erkennen liess, etwas eindrückbar war, und druckempfindlich erschien, besonders über dem linken lig. Ponpartii; die Percussion ergab über diesen Partien gedämpften Schall.

Die innere Untersuchung zeigte die kleineren Labien prominent, das Frenulum erhalten, ebenso Reste des Hymens. Die Scheide erweiterte sich trichterförmig nach oben, die Wandungen fühlten sich rauh an, sowie höher temperirt; die Portio, quer gespalten, zeigte nach links hin einen Commissuren-Riss und stand oberhalb der Spinallinie. Das vordere Vaginal-Gewölbe war kürzer als das hintere. Der Uteruskörper war nicht abzutasten. Im Douglas konnte man ebenfalls eine deutliche Resistenz fühlen mit theilweise unebener, klein höckeriger Oberfläche, die sich derb anfühlte. Bei der Untersuchung per rectum zeigte sich, dass die Resistenz bis an das Kreuzbein heranreichte und dabei an einzelnen Stellen eindrückbar war. Die Adnexe konnte man nicht durchfühlen. Die Untersuchung des Harns ergab weder die Anwesenheit von Eiweiss, noch die von Zucker.

Das gesammte Krankheitsbild, das die Patientin in den nächsten 7 Tagen bot, die hohe Temperatur — dieselbe bewegte sich Morgens zwischen 38,2 und 39,8, Abends zwischen 38,2 und 39,5 — der kleine, rasche, unregelmässige Puls, die kurzen rasch aufeinander folgenden Athemzüge, die heftigen brennenden spontanen Schmerzen im Unterleib und dessen hohe Druckempfindlichkeit, der vollkommen darniederliegende Appetit, die belegte Zunge,

das grosse Durstgefühl, die bestehende Obstruction, das alles liess eine beträchtliche Entzündung in der Bauchhöhle und als deren Produkt ein Exsudat in derselben als ausser Frage stehend erscheinen. Da die eingeleitete Behandlung, bestehend in Ruhe, Eisblase, ol. Ricini, den Zustand der Patientin nicht zu ändern vermochte, vielmehr die durch die heftigen Schmerzen bedingte Schlaflosigkeit, der Mangel jeglichen Appetits, das hohe Fieber und die heftigen Schweissausbrüche die Patientin aufs höchste schwächten, so erschien ein operativer Eingriff dringend geboten, der denn auch am 4. December Vormittags vorgenommen wurde. Eine abermalige Untersuchung der Kranken ergab, dass sich an dem beim Eintritt aufgenommenen Befund nichts geändert hatte; die in den unteren Partien des Abdomens gelegene, bis fast zum Nabel reichende Resistenz war noch deutlich zu fühlen, nur schien neben derselben heute mehr freie Flüssigkeit vorhanden zu sein. Ebenso fühlte man per vaginam rechts neben dem vergrösserten Uterus einen reichlich orangegrossen Tumor, der mit der hinteren Wand von rechts fest zusammenhing und den Beckeneingang etwas überragte. Im Douglas war neben mehreren Unebenheiten nur wenig flüssiges Exsudat zu fühlen. Doch herrschte Unklarheit über die Bedeutung des Tumors und über den Ausgangspunkt der Entzündung. Dachte man an die Entwickelung der Erkrankung der Patientin, die sich an eine Entbindung im Oktober d. J. anschloss, so waren drei Möglichkeiten gegeben:

1. Es konnte sich handeln um eine puerperale, durch Streptococcen bewirkte Abscedirung im Ovarium bezw. um eine Pyosalpinx mit freiem Exsudat. Indessen schien der Tumor hierzu noch zu fest in seiner Consistenz, Perforationserscheinungen waren keine dagewesen, und das übrige Exsudat war verhältnissmässig zu dünnflüssig.

2. Wäre möglich gewesen eine tuberculöse diffuse — Pelveo Peritonitis. Die kurz vorangegangene Schwangerschaft und Geburt machten diese Annahme jedoch nicht sehr wahrscheinlich.

Darum schien es 3. am wahrscheinlichsten, dass rechts ein praeformiter Tumor vorhanden war, der durch die puerperalen

Vorgänge Läsion erfahren und so die Entzündung bewirkt hatte. Jedenfalls erschien die Eröffnung der Bauchhöhle indicirt, um die verwachsenen Darmschlingen zu lösen, dem Exsudat Abfluss zu verschaffen und das weitere Verhalten von der Beschaffenheit des Tumors nach dessen Bloslegung abhängen zu lassen.

In tiefer Chloroform-Narcose wurden Haut, Muskeln und Fascien zwischen Nabel und Symphyse bis aufs Peritoneum durchtrennt, letzteres, das sich als beträchtlich verdickt erwies mit Scalpel an einer kleinen Stelle eröffnet, wobei zunächst nur wenig blutig verfärbte Flüssigkeit hervortrat, und sodann der Einschnitt auf dem Finger nach unten hin erweitert. Dabei wurden zahlreiche Verwachsungen des Darmes mit dem Peritoneum, der Darmschlingen unter sich und mit dem Tumor gefühlt und grösstentheils gelöst. Es wurde nun zunächst in der Richtung nach dem Beckeneingang getastet und dabei eine ganz dünne Partie der Vorderfläche des Tumors mit dem Finger durchgedrückt, worauf ein dicker, etwas übel riechender Eiter sich entleerte; die Quantität betrug etwa eine Tasse. Nun konnte man in eine grosse Höhle bis zum Beckeneingang hineindringen, deren Innenfläche grösstentheils glatt, an einzelnen Stellen durch flache Granulationen uneben war. Dieselbe hatte nach rechts über dem Ileopsoas und nach links hin je einen Ausläufer, deren Wandung die gleiche Beschaffenheit zeigte. Zur Entleerung des Eiters wurde nun zweimal der ganze Sack mit Jodoformgaze austamponirt, und nach Entfernung derselben nochmals sorgsam ausgetastet, ob von unten her unter dem Uterus ein Tumor zu fühlen wäre. Es konnte jedoch ein solcher nicht festgestellt werden, und war derselbe bei der Untersuchung offenbar durch die derben Partien des Sackes vorgetäuscht worden. Sodann wurde die ganze Höhle mit Jodoform-Gaze fest austamponirt, das Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht, Muskeln und Fascien durch acht feine Seidennähte, fascia superficialis und Haut durch sechs Files de Florence vereinigt. Die Narcose verlief gleichmässig und gut. Der Blutverlust war sehr mässig; nur eine Arterie in einem mit der Darmwand verwachsenen Stücke des Omentum majus musste umstochen

werden. — Die Jodoform-Gaze wurde im unteren Wundwinkel durchgeführt. Der Chloroformverbrauch betrug 15 ccm. Die ganze Operation hatte 30 Minuten erfordert.

Der Erfolg dieses Eingriffes war ein ganz überraschender; abgesehen von mehrmaligem Erbrechen dunkelgrüner schleimiger Massen am Abend und in der Nacht nach der Operation, sowie ebenfalls von der Narcose herrührendem Kopfschmerz und Eingenommenheit, wurde das Befinden der Patientin gleich am nächsten Tage ein ungleich besseres: die Temperatur sank auf 36,9, der Puls auf 96 herab, die Respiration wurde wieder gehörig; die zeitweise noch vorhandenen Schmerzen im Abdomen waren nicht mehr so heftig und rührten von Blähungen her. — Stuhl erfolgte an diesem Tage nicht. Auch die nächsten drei Tag, also am 6., 7. und 8. December, waren Temperatur, Puls und Respiration vollkommen normal; die Patientin, fast gänzlich schmerzfrei, erholte sich zusehends, hatte ziemlich ordentliche Nächte und entwickelte etwas Appetit. Am 6. December wurde die Jodoform-Gaze erneuert; dabei zeigte sich die Höhle durch Herabsenken der oberen Wand bereits bedeutend verkleinert. Am 9. December erfolgte der erste Stuhl. Am Abend des gleichen Tages stieg die Temperatur auf 38,0, der Puls auf 100, und blieb auch am nächsten Morgen auf 37,9 bezw. 100. Bei der Mittags vorgenommenen Entfernung der Jodoform-Gaze zeigte sich, dass die Ursache dieser Temperatursteigerung in einer geringen Eiterretention zu suchen war; es entleerten sich mehrere Esslöfel gelben schaumigen, übelriechenden Eiters. Die Höhle erwies sich abermals als verkleinert und wurde ganz locker mit Jodoform-Gaze austamponirt. Die Temperatur ging Abends auf 37,2, der Puls auf 96 zurück und blieb an den beiden folgenden Tagen normal. Die Nächte waren wieder ziemlich ordentlich, die Patientin entwickelte zusehends mehr Appetit und befand sich im Allgemeinen wohl; es erfolgte täglich auf Einlauf Stuhl, so dass Patientin von Unterleibsschmerzen fast gar nicht mehr belästigt wurde. Am 12. December wurde die Jodoform-Gaze wiederum entfernt, worauf sich ein Kaffeelöffel nicht übel riechenden Eiters entleerte. Die Wandungen der Höhle legten sich theilweise

schon aneinander. Es wurde ein Jodoform-Gaze-Streifen in dieselbe ganz locker eingelegt und ein Gummi-Drain-Rohr eingeführt. Vom 13.—26. December befand sich die Patientin bei ordentlichem Schlaf, gutem Appetit, normaler Temperatur und regelmässigem Puls, täglichem Stuhl, frei von Schmerzen vollkommen wohl. Am 27. December stieg plötzlich die Temperatur Morgens auf 38,8, Abends auf 39,8, der Puls auf 120 bezw. 124. Nachts war mehrmaliger Schüttelfrost aufgetreten. Ein Mittags vorgenommener Verbandwechsel ergab eine ganz unbedeutende Secretion in der Höhle, so dass die Temperatursteigerung von hier aus nicht bedingt werden konnte. Die folgende Nacht war schlecht; Temperatur und Puls blieben den ganzen Tag auf genannter Höhe. Am 19. December wurde ein neues Drain-Rohr eingeführt; die ursprüngliche Eiterhöhle war fast vollkommen geschlossen. Dagegen zeigte sich, dass sich entsprechend der dritten Nacht von oben ein Bauchdecken-Abscess entwickelt hatte, der nach aussen perforirt und offenbar die Ursache des Fiebers gewesen war. Die Temperatur ging noch am gleichen Tage auf 37,0, der Puls auf 78 zurück. — Vom 30. December bis 3. Januar bestand wiederum vollkommenes Wohlbefinden. Die Secretion nahm stets mehr und mehr ab, die Höhle schloss sich vollkommen, so dass am 3. Januar die Drainage-Röhre nur mehr 1 cm tief eingeführt werden konnte.

Am 4. Januar trat Mittags plötzlich heftiger Schüttelfrost auf. Die Temperatur stieg Abends auf 40,2, der Puls auf 120. Das Fieber hielt auch am nächsten Tage an. Es wurde der Verband gewechselt, die Wunde war in bester Ordnung, so dass ein Drain-Rohr nicht mehr eingeführt wurde. Da Patientin ausser über heftigen Kopfschmerz auch über Gelenk- und Kreuzschmerzen klagte, wurde der Process als Influenza angesprochen. Die Behandlung bestand in Auflegen einer Eisblase auf den Kopf und Verabreichung von Chinin bezw. Antipyrin. Am 6. Januar waren Temperatur und Puls wiederum vollkommen normal, die Kopfschmerzen verschwunden, Patientin befand sich im Allgemeinen wieder wohl. Von jetzt ab hielt das Wohlbefinden, durch keinen Zwischenfall mehr gestört, ununterbrochen

bis zum 27. Januar an. In gleicher Weise schritt die Heilung der Laparatomie-Wunde rüstig weiter. Nachdem am 17. Januar auch die Drainöffnung gut zugranulirt war, wurde dieselbe mit Lapis geätzt. Am 27. Januar 1898 war die Wunde fast vollkommen überhäutet, so dass die Patientin an diesem Tage als geheilt aus der Klinik entlassen wurde.

Dieser Fall gibt zu folgenden Bemerkungen Anlass:

Was die Infection betrifft, so steht fest, dass dieselbe nicht ausgegangen ist von einem praeformirten Tumor, — wie man vor der Operation anzunehmen geneigt war, — der durch die puerperalen Vorgänge gereizt, die Entzündung auf das Beckenperitoneum weiter geleitet haben könnte. Konnte man doch einen solchen Tumor bei der Operation nicht finden. Der Befund der Ovarien und Tuben ergab ebenfalls keinen Anhaltspunkt für die Annahme, dass die Entzündung von hier aus weitergeschritten sei. Die infectiösen Keime schienen vielmehr bei der Niederkunft der Patientin in die Cervicalrisse eingedrungen, und auf ihrem Wege im rechten Parametrium Entzündung und Eiterung hervorrufend zum Bauchfell emporgestiegen zu sein. Dafür spricht der rasche Eintritt der ersten Krankheitssymptome nach der Niederkunft und die am fünften Tage nach derselben auftretenden Schmerzen rechts im Abdomen, die bis in den rechten Oberschenkel ausstrahlten. — Vom Peritoneum wurden die rechts und hinter dem Uterus befindlichen Partien zuerst von der Entzündung ergriffen. Der hier enstandene Eiter bildete zunächst Verklebungen zwischen den benachbarten Darmschlingen; durch weitere entzündliche Auflagerungen nahmen dieselben an Festigkeit zu und grenzten den Eiter nach oben ab, was zu der irrthümlichen Diagnose eines Tumors führte. Von dem Beckenperitoneum dehnte sich die Entzündung allmählich auf das gesammte Bauchfell aus, als deren Product das leicht blutig verfärbte offenbar fibrinös-purulente Exsudat zu betrachten ist. Der Umstand, dass die so günstigen Folgen der Operation so rasch eintraten, berechtigt uns zu der Annahme, dass diese auf nichts anderem beruhten, als auf der Entfernung des Exsudates, dem Abfluss des Eiters. Ist aber, wie es scheint, der Zweck des

operativen Eingreifens bei der allgemeinen puerperalen Peritonitis kein anderer als der, ein rein mechanisches Hinderniss für die Circulation, die Respiration und die Peristaltik des Darms auszuschalten, und zu gleicher Zeit für das Peritoneum, dessen Resorptionsfähigkeit eine unbegrenzte ist, die Möglichkeit einer Resorption giftiger Stoffe herabzusetzen, so lässt sich dieser Zweck gewiss auf mehr als einem Wege erreichen. Die Autoren sind denn auch über die Art und Weise, in der der operative Eingriff gemacht werden soll, durchaus nicht einig, zumal für eine Anzahl derselben bei der Wahl des Operationsweges noch andere im Folgenden zu erörternde Momente in Betracht kommen.

Zwei Richtungen stehen sich da vor allem schroff einander gegenüber; die eine ist für ein möglichst conservatives Operiren, die andere erhofft nur vom radicalsten Eingreifen irgend welche Aussicht auf Erfolg.

Es sind besonders jüngere Kräfte, die im Vertrauen auf die Fortschritte der Kenntniss und der Technik für das radicalste Operiren stimmen, darunter vor allem die Vertreter der aufstrebenden nordamerikanischen Gynäkologie. Sie sagen: die Infection bei puerperaler Sepsis geht unter allen Umständen vom Uterus aus, er ist der Krankheitsherd, hier muss die Therapie einsetzen; wie der Chirurge nicht zaudert inficirte Gebiete, welche die Infection auf den ganzen Körper weiter verbreiten können, ganz zu opfern, so verlangen sie unter allen Umständen die möglichst bald vorzunehmende Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe, auch dann, wenn dieselben keinen pathologischen Befund aufweisen.

Boldt[1]) ist der erste, der diese Operation ausführte; wie bereits oben erwähnt, sind seine Patientinnen alle gestorben. Gleichwohl hält er den eingeschlagenen Weg für den einzig richtigen.

Baldy[1]) schloss sich ihm an; er ist der Ansicht, dass bei schwerer puerperaler Sepsis die totale Hysterectomie immer noch

1) Am. Journ. of Obstetrics. Vol. XXXI., 1895, No. 1.

2) Baldy, I. M., M. D. Philadelphia. Annals of Gynec. and Paediat. Vol. III pag. 190.

die meiste Aussicht auf Erfolg gebe; von den 19 Hysterectomien, die er zusammenstellt, sind 12 tödtlich verlaufen.

Ebenso sprechen sich Noble[1]) und Lapthorn Smith[2]) zu Gunsten dieser Operationsmethode aus.

Frank[3]) hält bei purulenter oder parenchymatöser Metritis die vaginale Totalexstirpation für das beste Mittel: bei diffuser Peritonitis aber erhofft er von einem Eingriff überhaupt nichts mehr.

Ebenso hält Hayd[4]) die Hysterectomie bei puerperaler Sepsis für gerechtfertigt, trotz der Schwierigkeit der Diagnose und der Verantwortung für den Operateur. Er verspricht sich auch bei septischer Endometritis und Metritis von der Hysterectomie die meiste Aussicht auf Erhaltung des Lebens. Es handelt sich für ihn vor allem um frühzeitige Sicherung der Diagnose und baldige Operation bevor Allgemeininfection Platz gegriffen habe.

Murty[5]) und Davis[6]) sind ebenfalls für die Hysterectomie.

Ihnen steht eine viel grössere Anzahl von Autoren gegenüber, welche die Entfernung der gesunden Gebärmutter und der gesunden Ovarien durchaus verwirft, und sie für eine gewissenlose Verstümmelung hält. Sie sagen, die Hauptsache sei die Besserung der Circulation, der Respiration, der Darmperistaltik; dies erreiche man, indem man dem vorhandenen und dem weiterhin sich bildenden Eiter einen günstigen, dauernden Abfluss verschaffe, dann werde das Peritoneum mit all jenen Herden und den

1) Noble, Charles P. M. D., Philadelphia. Coeliotomy for Puerperal Septicaemie and Peritonitis. The Amer. Gynec. and Obstetr. Journ. April 1895.

2) Transact. of the Americ. Gynec. Society. The Am. Journ. of Obstetr. Vol. XXXII. July 1895.

3) Frank, L. M. D. Louisville. Treatment of Puerperal Septis. Am. Journ. of Obstetr. Vol. XXXII. Sept. 1895. No. 3.

4) Hayd, H. J. Hysterectomy in Puerperal Sepsis. Buffalo med. and surg. Journ. May 1890.

5) Davis, E. P., M. D. When shall Coeliotomy be performed in the createment of puerperal sepsis. The Am. Journ. of Obstetr. Vol. XXXI. Febr. p. 155.

6) M. C. Murcy, L. S. M. D. Louisville. The Indications for Operation in Puerperal Sepsis. The Am. Journ. of Obstetr. Vol. XXXII. Nov. 1895. No. 5.

Milliarden von Streptococcen ebenso fertig, wie der Uterus mit seiner Erkrankung, die er in unzähligen Fällen überwinde.[1])

Bei Gelegenheit der 50jährigen Jubelfeier der gynäkologischen Gesellschaft in Berlin sagte Pocci[2]): »Man hat mit der vaginalen Hysterectomie einen derartigen Missbrauch getrieben, dass eine Weltdame mir sagte: L'Utérus ne se porte plus«.

Dann spricht sich Boisleux[3]) (Paris) entschieden gegen die Hysterectomie aus, weil, wie er sagt, »die Gebärmutter selbst gar nicht krank ist. Wenn die Gebärmutter nicht krank ist, warum soll man sie entfernen?« Er weist darauf hin, dass die Gebärmutter eine Stütze für die Organe des Beckens ist und dem Druck des Unterleibs ein Gegengewicht bietet. Die an Hysterectomie operirten Frauen sind weniger kräftig, wie vor der Entfernung der Gebärmutter. Wenn diese und die Kreuzbeinbänder erhalten sind, so besteht ein Traggurt, der die Därme während ihrer verschiedenen Funktionen stützt, während man bei Entfernung des Uterus sämmtliche Bänder durchschneidet, alle diese zusammenhängenden Theile trennt und den Boden des Beckens bis auf eine Haut reducirt.

Boisleux[4]) sagt ferner die weiteren Folgen der Hysterectomie seien durchaus nicht immer günstig, weil verhärtete Massen zurückbleiben können, die den Kranken unerträgliche Leiden verursachen. Er hält die Hysterectomie, wie sie zur Zeit betrieben werde, für einen Missbrauch und spricht sie als eine »unbestimmte Operation« an. In gleicher Weise erklärt sich v. Winckel[5]) gegen die Hysterectomie. Er empfiehlt die sofortige Entfernung wirklich unheilbar erkrankter Adnexe (Pyosalpinx, Ovarialtumoren), bei derartigen Eingriffen, den Uterus aber soll

1) v. Winckel, Ueber d. Coeliot. bei d. diff. eitr. puerp. Perit.

2) Pocci, Verhandl. d. Berl. Ges. f. Gyn. (Deutsche med. Wochenschrift 1894.)

3) Boisleux, Volkmann'sche Samml. No. 167 p. 684.

4) Boisleux, a. a. O. p. 685.

5) v. Winckel, Ueber d. Coeliot. bei d. diff. eitr. puerp. Perit. 1895. — Derselbe, Ueb. d. chir. Behandl. d. v. d. weibl. Genit. ausgeh. Bauchfellentzündungen 1897.

man unangetastet lassen. »Den Uterus aber, bloss weil er der Ausgangspunkt der Erkrankung war«, sagt dieser Autor, »jedesmal und zwar ehe wir noch abgewartet haben, ob nicht die Entleerung des massenhaften Exsudats allein den Zustand der Patientin wesentlich bessert — sofort mit seinen Adnexen zu exstirpiren, das halte ich für um so mehr voreilig und unmotivirt, als wir mit ihm ja keineswegs alle Noxen entfernen, sondern ohnehin noch eine Menge von Eiterherden in der Bauchhöhle zurücklassen.« Kommt es aber, trotz Abnahme der Peritonitis, zu einer beiderseitigen abscedirenden Parametritis, dann ist eine Indication zur Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexa per vaginam wohlgegeben.«

Prochownick[1]) (Hamburg) sagt: »Es scheint zur Zeit gerechtfertigt, wenn wir das Ansetzen des therapeutischen Hebels am Uterus bei Wochenbetterkrankungen, so lange die Erkrankung des Organs oder krankhafte Vorgänge in demselben nicht nachzuweisen sind, für unrichtig ansehen«. Dagegen hält derselbe Autor bei puerperaler Erkrankung nach Abortus den Faktor des erkrankten Uterus meist von Anbeginn gegeben; Ausnahmen sind seiner Ansicht nach an Zahl sehr gering. In diesem Falle hält Prochownick die chirurgische Behandlung der Gebärmutter für richtig; desgleichen, wenn es sich nach rechtzeitiger Geburt, um Zersetzungsvorgänge im Uterus, also um saprämische Infection handelt, deren Erkenntniss allerdings in diesem Falle bedeutend schwieriger ist. Er verwirft schliesslich die chirurgische Behandlung der Gebärmutter auch bei erwiesener septischer Infection nicht, im Angesicht der geringen Leistung unserer übrigen Mittel: sie hat aber, fährt er fort, den Beweis grösserer Leistungsfähigkeit noch zu erbringen.

Aber auch diejenigen Autoren, die für die chirurgische Behandlung der allgemeinen puerperalen Peritonitis unter Erhaltung der Gebärmutter stimmen, sind über die Ausführung derselben nicht einig.

1) Prochownick L., Hamburg. Die Anzeigestellung d. chir. Behandl. des puerperalkranken Uter. Sammelber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 7 Heft 3 u. 4.

Einige Gynäkologen schlagen die Punction mit nachfolgender Aspiration vor. Diese Methode wird bevorzugt von Laroyenne[1]) und seinen Schülern Guillard[2]) und Condamin[3]). Ihr Operationsverfahren besteht aus der Punction mit dem Trocar, Vergrösserung des Einschnittes mit dem Messer und Einlegen eines dehnbaren Schwammes (Fadenschwamm). Dieser Schwamm hat die Eigenschaft, die Höhle in der Höhe des Einschnittes weit zu öffnen.

Nitat[4]) und Landan[5]) sind für die Anbohrung mit sofortiger Erweiterung der durchstochenen Stelle.

Pocci, Segond, Bouilly, Doléris, Delbet, Boisleux[6]) und andere sind Gegner der Anbohrung mit dem Trocar und erklären sie für eine blinde Methode.

Pocci[7]) bemerkt, dass man bei der Punction nie sicher sei, die in der Douglashöhle haftenden Dünndarmschlingen nicht zu verletzen. — Reverdin[8]) hat dieses Unglück bei einer Punction von der Scheide aus gehabt, und ausser ihm haben noch mehrere andere die Dünndärme verletzt.

Körte[9]) (Berlin), dessen reiches Material sich allerdings vor allem auf durch Appendicitis und durch Perforation innerer Organe verursachte Peritonitiden bezieht, macht den Schnitt in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse in einer Länge von etwa 10 cm. Diese Coeliotomia abdominalis ist nach v. Winckel[1]) bei diffuser eitr. puerp. Perit. stets dann geboten, wenn der Douglas nicht herabgewölbt, im kleinen Becken wenig oder gar nichts von dem Exsudat fühlbar, also die Wahrscheinlichkeit seiner ergiebigen Entleerung von diesem Wege sehr gering ist.

König[11]) und Sonnenburg[12]) legen den Schnitt seitlich vom Nabel an und sind der Ansicht, dass so die Entleerung des Exsudates besser erfolge als bei medianem Schnitt.

1), 2), 3), 4), 5) Boisleux, Volkmann'sche Samml. No. 167 p. 679.

6), 7), 8) Boisleux, a. a. O. p. 679.

9) Körte W., Berlin. Chir. Beh. d. eitr. Perit. Münch. med. Wochenschrift S. 455, 1897.

10) v. Winckel, Ueber d. Coeliot. b. d. diff. eitr. puerp. Perit. 1895.

11), 12) Münch. med. Wochenschr. 1897, S. 457.

Israel[1]) sucht bei diffuser eitriger Peritonitis die Schädlichkeit des Exsudates dadurch zu eliminiren, dass er den Druck der Bauchdecken auf ein Minimum reducirt, durch einen langen Kreuzschnitt.

Wiederum andere Autoren haben vorgeschlagen an verschiedenen Stellen, und zwar da, wo die Fluctuation am deutlichsten ist, Einschnitte zu machen.

Körte[2]) ist von den multiplen Einschnitten ganz abgekommen; er hält sie für complicirt und zeitraubend.

v. Winckel[3]) schliesst sich dieser Ansicht an.

Sehr viele Autoren endlich empfehlen bei allgemeiner puerperaler Peritonitis den vaginalen Bauchschnitt. Dieser Operationsweg wurde zuerst von einer Zahl amerikanischer Gynäkologen während der 70er Jahre zum Zwecke der Entfernung kleiner Tumoren der Adnexe von der Scheide aus eingeschlagen, und zwar mit gutem Erfolg.

William Godell[4]) hat gelegentlich der Mittheilung des von ihm im März 1877 operirten Falles, einer nach Punction vereiterten Ovarialcytse, die Reihenfolge der bis dahin auf vaginalem Wege ausgeführten Ovariotomien zusammengestellt. An der Spitze marschirt Gaillard, Thomas (1870), dann folgen R. Davis, I. T. Gilmore, Robert Battey und Clifton E. Wing (1876). Mit dem colossalen Aufschwung aber, den die Laparatomie von der Mitte der 70er Jahre an nahm, gerieth die vaginale Operationsmethode bald wieder in Vergessenheit. Erst mit dem Jahre 1894 wurde dieselbe wieder aufgenommen und zwar in erster Linie auf Grund der von Dührrsen[5]) berichteten günstigen Erfolge und seiner Empfehlung. Dührrsen rieth die Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidegewölbe aus zu machen. Gegen diese Coeliotomia vaginalis anterior erhob jedoch

1) Münch. med. Wochenschr. 1897, S. 457.

2) Körte W., Berlin. Münch. med. Wochenschr. 1897. S. 457.

3) v. Winckel, Ueber d. Beh. d. diff. puerp. Perit. 1895.

4) Löhlein, Gynaekol. Tagesfr. 5. Heft S. 78.

5) R. Dührrsen, Ueber eine neue Methode der Laparatomie (vaginale Coeliot.). Berl. med. Wochenschr. 1894.

Mackenrodt[1]) grosse Bedenken. Ihm erschienen die Beckenorgane von dem eröffneten Douglas aus sehr viel besser und einfacher zugänglich, und er empfahl deshalb die Coeliotomia posterior.

Wertheim[2]) sprach sich für entsprechende Combination der beiden Wege aus, indem man so hoffen könne die Leistungsfähigkeit des vaginalen Operirens ad maximum zu steigern.

Löhlein[3]) selbst ist für den vaginalen Bauchschnitt. Er bezeichnet denselben als eine sehr erfreuliche und anerkennenswerthe Bereicherung unserer Therapie und spricht ihm für die Fälle, in denen der vaginale Weg denselben Aufgaben gerecht wird wie der abdominale, rückhaltlos die Vortheile zu, die Dührssen gleich in seinem ersten Vortrage erwähnt hat: er vermeidet die lange Dauer der Reconvalescenz und Schonungsbedürftigkeit, die Gefahr der Bauchnarbenbrüche und die Gefahr der Verwachsung der Intestina mit der Bauchwunde.

Von den zahlreichen anderen Vortheilen, die Löhlein[4]) vom allgemeinen Standpunkt aus theils selbst, theils in Uebereinstimmung mit anderen Autoren dem vaginalen Bauchschnitt beimisst, gehört hierher, wo es sich lediglich um seine Beurtheilung als Mittel gegen die allgemeine puerperale Peritonitis handelt, der von Olshausen in der Moskauer Discussion hervorgehobene Punkt, dass die Shokwirkung bei der vaginalen Operation eine bedeutend geringere ist, weil wir viel weniger mit den Darmschlingen zu thun haben.

Weiter führt er an, dass die vaginale Operation die Patieninnen viel weniger angreift, einen weit schwächeren Eindruck auf den Organismus hervorruft, was sich nach Ueberwindung der Narcose in dem subjectiven Wohlbefinden, in der Pulsbeschaffenheit und dem Gesichtsausdruck der Operirten ausspricht.

1) R. Mackenrodt, Ueber den hinteren Scheidenbauchhöhlenschnitt. Samml. klin. Vorträge No. 156.

2) Wertheim, Die vag. Wege in die Peritonealhöhle. Wiener klin. Wochenschr. 1897, No. 6.

3) Löhlein, Gyn. Tagesfr. Heft 5 S. 83.

4) Löhlein, Gyn. Tagesfr. Heft 5 S. 83 u. 84.

Er ist ferner der Ansicht, dass sich eine so leichte und gründliche Entfernung aller frei in der Bauchhöhle befindlichen Flüssigkeit durch die Coeliotomia abdominalis nicht erreichen lasse. Dazu kommt endlich noch, dass man sich bei diesem peritonealen Eingriff durch Einführen eines Fingers über den Zustand der inneren Geschlechtsorgane genau orientiren und die Entfernung wirklich unheilbar erkrankter Adnexe sofort mit demselben verbinden kann.

Dieser letzte Punkt scheint vor allen anderen Boisleux[1]) für die vaginale Operationsmethode eingenommen zu haben. Er empfiehlt dieselbe, indem er auf die oben erwähnte Möglichkeit der Untersuchung des Uterus, der Tuben und der Ovarien hinweist, aufs wärmste, und sagt: »etwaige Irrthümer werden dadurch beseitigt, und der zu einer Totalexstirpation entschlossene Arzt wird noch rechtzeitig von derselben zurückgehalten«.

Er sagt man soll den Einschnitt in die hintere Cul de sac in der Mittellinie machen, ohne die Kreuzbeinbänder zu verletzen, die eine hervorragende Stütze der Gebärmutter sind. Der transversale Einschnitt sei zu verwerfen, weil er die Kreuzbeinbänder durchschneidet und ausserdem einen Vorfall der Gebärmutter zur Folge haben kann.

v. Winckel hat in dem von ihm veröffentlichten Fall die Coeliotomia abdominalis gemacht. Er sagt jedoch bei dieser Gelegenheit: »die ausserordentlich lange Verzögerung der Eiterung und die zeitweisen mit, wenn auch kurzen Fieberparoxysmen verbundenen Retentionen des Eiters mussten uns doch immer zu der Ueberzeugung hindrängen, dass die vordere Bauchwand kein besonders günstiger Ort für den Abfluss der eiterigen Secrete einer chronisch gewordenen Peritonitis sei,« und spricht offen aus, dass er zu der Einsicht gelangt sei, dass er seine Patientin auf anderem Wege wahrscheinlich ebenso sicher und in kürzerer Zeit und ohne alle die Nachtheile, die ein Bauchschnitt nach sich ziehen kann, hätte hergestellt haben können, nämlich durch breite Eröffnung des Douglas. Er erklärt sodann, dass er bei diffuser eitriger puerperaler Peritonitis, wenn der

1) Boisleux, Volkmann'sche Samml. No. 167 S. 679—682.

Douglas tief herabgewölbt, also ein Zugang zu demselben von oben her erwiesen ist, zunächst nur die breite Eröffnung des Douglas per vaginam für angezeigt erachtet.

Das ist v. Winckel's Standpunkt, aber nur in Bezug auf die puerperale Peritonitis. Bei der tuberculösen Peritonitis verwirft dieser Autor den vaginalen Bauchschnitt vollkommen, einmal, weil eine Mitwirkung des Lichtes und der Luft für die Heilung noch nicht ausgeschlossen ist, welch beide Factoren bei dem vaginalen Operationsverfahren wohl gar nicht mitspielen, ferner, weil man bei der Operation von unten keinen so klaren Einblick wie von oben gewinnt, unnöthige Nebenverletzungen bei der massenhaften Verwachsung der erkrankten Adnexa mit Blase, Uterus und Darm nicht exact zu vermeiden sind, die Blutstillung sehr schwierig und die Entleerung des Exsudats aus den oberen Partien der Bauchhöhle kaum möglich ist. — Löhlein dagegen neigt auch bei tuberculöser Peritonitis mehr zur vaginalen Methode, obgleich er ihr nicht principiell den Vorzug gibt und in den Fällen, wo die anatomischen Verhältnisse den Zugang von der Scheide aus nicht unterstützen, wie bei jungfräulicher oder seniler Scheidenenge, narbiger Stenose u. s. w. den Bauchschnitt macht. Aus den veröffentlichten Fällen aber ist zu ersehen, dass Löhlein selbst in zwei Fällen aus Gründen, die v. Winckel gegen diese Methode anführt, auf dem eingeschlagenen Wege der Coeliotomia vaginalis posterior nicht zum Ziele gelangte.

Noch einige Worte über gewisse Hilfsmomente bei dem operativen Eingriff, gleichviel welcher Art derselbe nun ist.

Probepunctionen sollen nach Körte[1]) nur dann gemacht werden, wenn ein Eingriff sofort nachfolgen soll.

Die Frage, ob nach Entfernung der peritonealen Flüssigkeit die Bauchhöhle mit irgend welchen Flüssigkeiten ausgespült werden soll, hat von v. Winckel[2]) eingehende Behandlung erfahren. — Er hat die gesammte hierher gehörige Literatur zusammengestellt und kam zu dem Resultate, dass es im Ganzen

1) Körte, Discussion auf d. Congress zu Moskau 1897.
2) v. Winckel, a. a. O. S. 18.

15 Autoren aus allen Culturländern, darunter auch viele deutsche (Landau, Körte, Schmidt, v. Winckel) sind, welche die Auswaschungen der Bauchhöhle empfehlen, zum Theil sogar sehr energisch vertheidigen, und dass die sehr günstigen Fälle, welche einzelne Operateure erlebt haben (z. B. Berrutto 13 Fälle, darunter nur 1 Todesfall) uns unbedingt das Recht geben, eine völlige Verwerfung dieser Behandlung als unbegründet, ihre Anwendung dagegen bei diffuser eitriger puerperaler Peritonitis als heilsam zu empfehlen. Am besten eignen sich Spülungen mit heissem sterilen Wasser oder mit physiologischer Kochsalzlösung.

In gleicher Weise hat v. Winckel[1]) die viel umstrittene Frage, ob eine Drainage des Bauchraums nöthig oder verwerflich sei, erörtert und sich dabei mit zahlreichen anderen Autoren für die unbedingte Nothwendigkeit der Drainage bei der operativen Behandlung der diffusen puerperalen Peritonitis ausgesprochen. Die Anwendung von Glasdrains ist fast ganz abgekommen. Körte[2]) hält Jodoform-Gaze allein nicht für ausreichend und empfiehlt die Zuhilfenahme von gefensterten Gummidrainröhren.

Was endlich die Nachbehandlung betrifft, so soll dieselbe vor allem auf die Hebung des Kräftezustandes der Patientin gerichtet sein, und demgemäss bestehend in roborirender Diät, Bädern und Badecuren.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Professor Dr. v. Winckel für die liebenswürdige Ueberlassung des Thema's und die freundliche Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

1) v. Winckel, a. a. O. S. 18 u. ff.
2) Körte, XXI. deutscher chir. Congress. Juni 1892.